

7.1.5. Печатные формы ("Отказ от аудиозаписи на приеме", "Направление в ФЦН")

- Печатная форма «Отказ субъекта персональных данных (или его законного представителя) от аудиозаписи на приеме»
- Печатная форма «Направление в ФЦН»

Пользователю необходимо зайти в периферийную базу МИС Офтальмологического диспансера.

Для формирования печатной формы «Отказ субъекта от аудиозаписи на приеме», необходимо открыть подсистему «Контроль обследования», ссылку «АРМ врача» (рис.1).

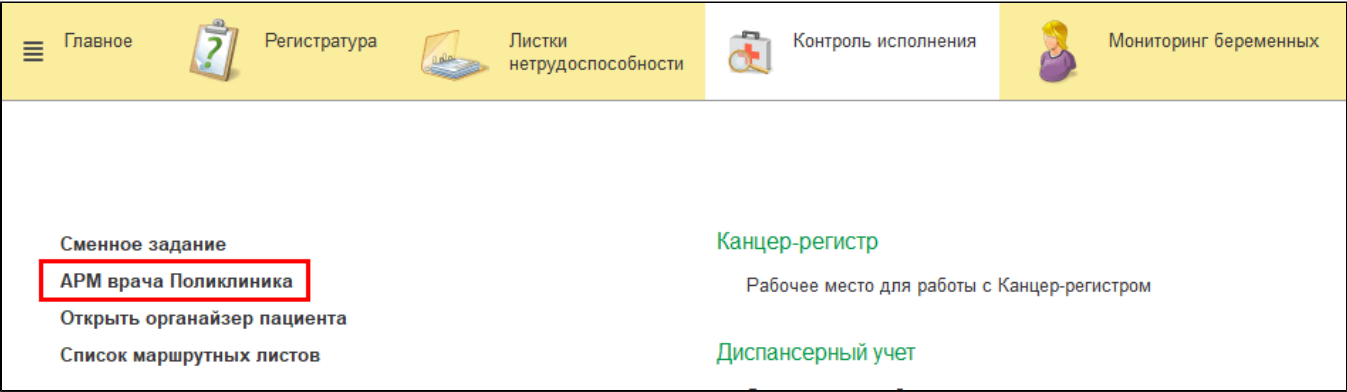


Рисунок 1. АРМ врача

На вкладке «Список пациентов», выбираем нужного пациента, открываем двойным щелчком левой кнопки мыши. Открывается вкладка «Приемы» (рис.2).

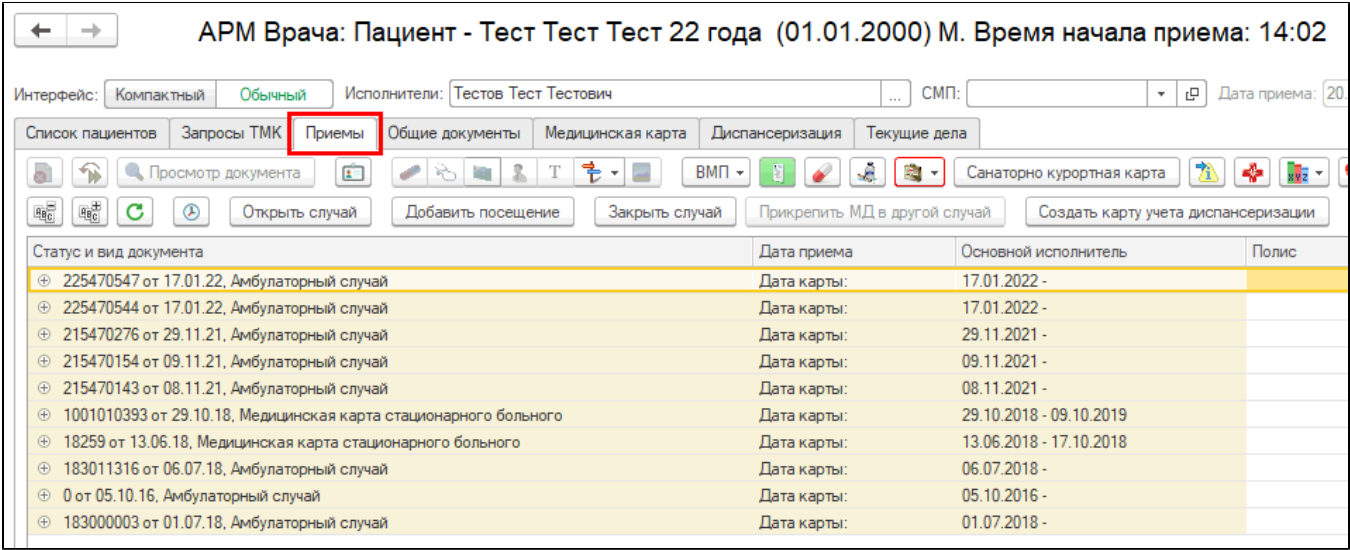


Рисунок 2. Вкладка «Приемы» АРМ врача

Переходим в Органайзер пациента, для этого нажимаем на панели кнопку «Еще», выбираем «Органайзер пациента».

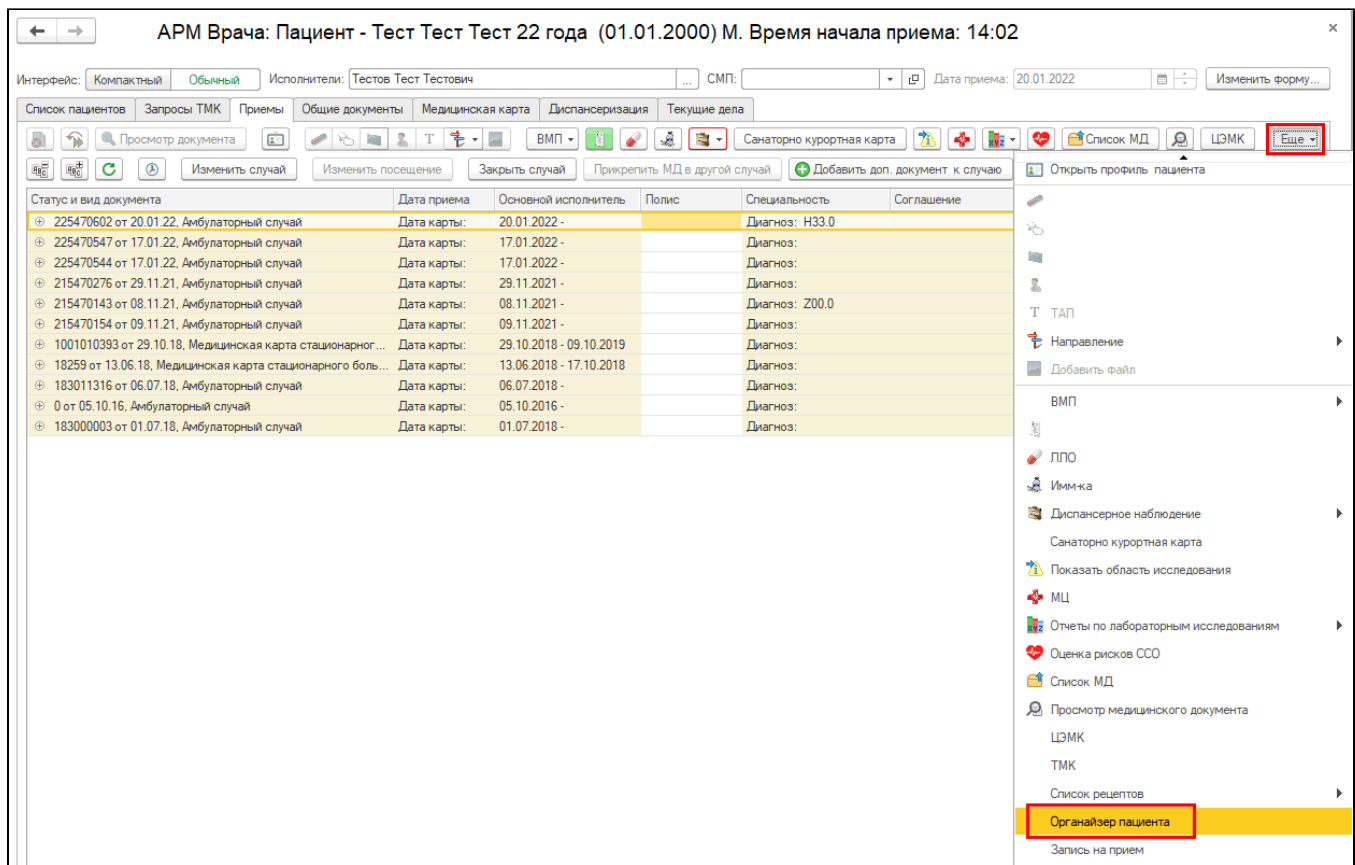


Рисунок 3. Кнопка «организатор пациента»

В открывшемся окне обработки «Организатор пациента» нажимаем кнопку «ОДП».

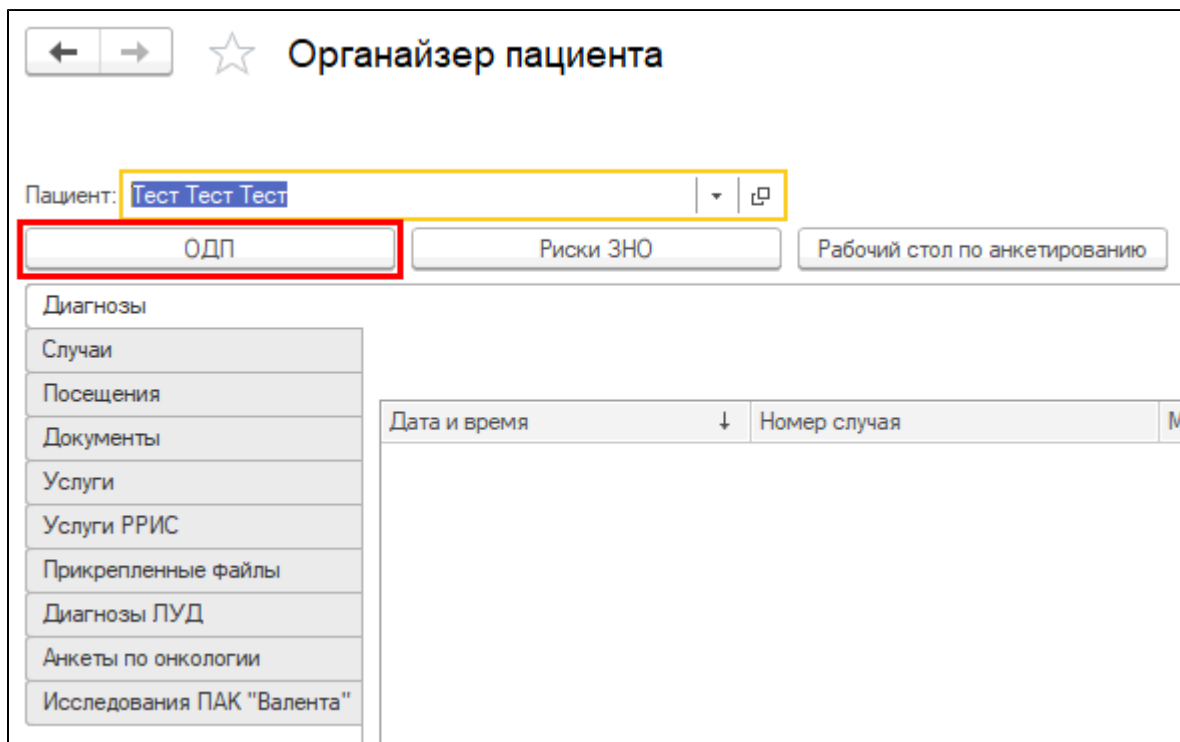


Рисунок 4. Кнопка ОДП

Печатная форма «Отказ субъекта персональных данных (или его законного представителя) от аудиозаписи на приеме»

В открывшемся окне ОДП пациента, нажимаем кнопку «Еще», выбираем ссылку «Печать», из списка печатных форм выбираем «Отказ субъекта персональных данных (или его законного представителя) от аудиозаписи на приеме» (рис.5).

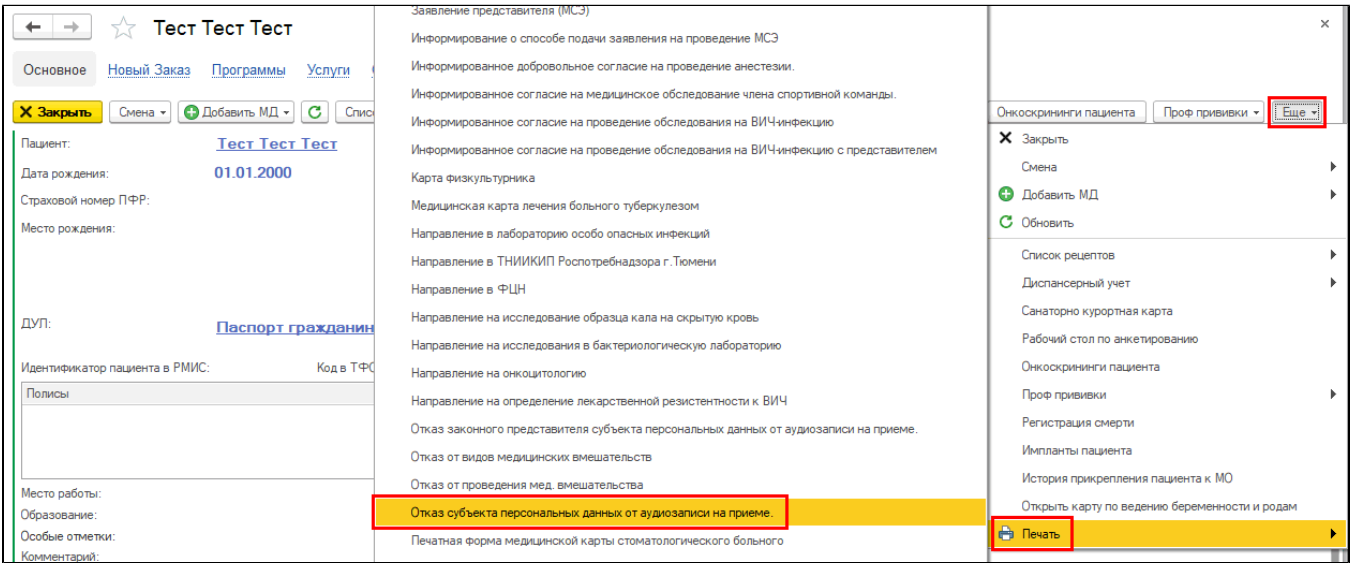


Рисунок 5. Выбор печатной формы

Печатная форма сформировалась автоматически с заполненными данными пациента. Чтобы вывести на печать документ, нажимаем кнопку «Печать» (рис.6).

←
→

Печать документа

Печать

Копий: 1 ÷ Σ

К приказу ГАУЗ ТО «Областной
офтальмологический диспансер»
от 11 октября 2017г. № 98

ОТКАЗ субъекта персональных данных (или его законного представителя)
от аудиозаписи на приеме

Я, Тест Тест Тест, 01.01.2000 г. р.

проживающий (-ая) по адресу 626150, Тюменская обл, Тобольск г, 10 мкр, дом № 71

паспорт серии 72 11, номер 123456, выданный

УВД 1 января 2005 г.

являющийся законным представителем _____

проживающейго (-ей) по адресу _____

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю отказ ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер», расположенному по адресу г.Тюмень, ул.Холодильная, д.118, корпус 1, г.Тюмень, ул.50 лет Октября 66/1 (ненужное зачеркнуть), на аудиозапись на приеме, который будет проведен «__» _____ 202__ (дата),
в _____ (время) в кабинете _____.

21 января 2022 г.

Врач Тестов Тест Тестович

Рисунок 6. ПФ «Отказ субъекта персональных данных (или его законного представителя) от аудиозаписи на приеме». Печать документа

Печатная форма «Направление в ФЦН»

Для формирования печатной формы, нужно также из ОДП пациента сформировать печатную форму «Направление в ФЦН». В ОДП нажимаем кнопку «Еще», выбираем ссылку «Печать», из списка печатных форм выбираем «Направление в ФЦН» (рис.7).

← →

☆ Тест Тест Тест

Основное

Новый Заказ

Программы

Услуги

✕ Закрыть

Смена

+ Добавить МД

Список

Пациент:

Тест Тест Тест

Дата рождения:

01.01.2000

Страховой номер ПФР:

Место рождения:

ДУП:

Паспорт гражданин

Идентификатор пациента в РМИС:

Код в ТФО

Полисы

Место работы:

Образование:

Особые отметки:

Комментарий:

Заявление представителя (МСЭ)

Информирование о способе подачи заявления на проведение МСЭ

Информированное добровольное согласие на проведение анестезии.

Информированное согласие на медицинское обследование члена спортивной команды.

Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию

Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию с представителем

Карта физкультурника

Медицинская карта лечения больного туберкулезом

Направление в лабораторию особо опасных инфекций

Направление в ТНИИКИП Роспотребнадзора г.Тюмени

Направление в ФЦН

Направление на исследование образца кала на скрытую кровь

Направление на исследования в бактериологическую лабораторию

Направление на онкоцитологию

Направление на определение лекарственной резистентности к ВИЧ

Отказ законного представителя субъекта персональных данных от аудиозаписи на приеме.

Отказ от видов медицинских вмешательств

Отказ от проведения мед. вмешательства

Отказ субъекта персональных данных от аудиозаписи на приеме.

Печатная форма медицинской карты стоматологического больного

Онкоскрининги пациента

Проф прививки

Еще

✕ Закрыть

Смена

+ Добавить МД

Обновить

Список рецептов

Диспансерный учет

Санаторно курортная карта

Рабочий стол по анкетированию

Онкоскрининги пациента

Проф прививки

Регистрация смерти

Импланты пациента

История прикрепления пациента к МО

Открыть карту по ведению беременности и родам

Печать

Рисунок 7. Выбор печатной формы

Печатная форма сформировалась автоматически с заполненными данными пациента. Чтобы отредактировать документ нажимаем кнопку «Редактировать». Для того, чтобы вывести на печать документ, нажимаем кнопку «Печать» (рис.9).

←
→

Печать документа

Печать

Копий:

Государственное автономное учреждение здравоохранения Тюменской области
«Областной офтальмологический диспансер»
(ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер»)
 Холодильная ул.,118,корпус 1,Тюмень, 625048
 телефон/факс (3452) 50-37-45
 e-mail: glaza@inbox.ru
 ИНН 7203000538 ОКПО 31121772
НАПРАВЛЕНИЕ-ПУТЕВКА № Н7327001572
На консультацию или госпитализацию в ФГБУ «ФЦН» Минздравсоцразвития России (г.Тюмень)
СМК серия полиса

1. Наименование учреждения, направившего пациента: ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер»

2. Ф.И.О. пациента Тест Тест Тест

3. Дата рождения 01.01.2000 Контактный телефон +7(111)1111111

4. Место работы, профессия _____

5. Адрес пациента 626150, Тюменская обл, Тобольск г, 10 мкр, дом № 71

6.Цель направления (подчеркнуть): для уточнения диагноза, назначения лечения, госпитализации, инструментального исследования, экспертизы трудоспособности, динамическое наблюдение

7. Пребывание на больничном листе за последние 12 месяцев:

8. Основной диагноз

9. Основные данные о развитии и течении настоящего заболевания

10. Данные осмотров узких специалистов (хирурга, невролога, отоларинголога, гинеколога и др. специалистов по показаниям): На руках у пациента

11. Данные лабораторных, рентгенологических, функциональных (иметь при себе рентгенограммы и т.д.) и других диагностических исследований с указанием даты: На руках у пациента

ЭКГ (описать)

Флюорография

Рентгенография (скопия) органов грудной клетки, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата (описать)

Рентгенография, КТ, МРТ (описать)

12. Лечебно-профилактические мероприятия, проводимые больному направившим лечебным учреждением:

26 октября 2021 г.

МП. _____
 подпись

Председатель ВК или Зав. поликлиникой _____
 Лечащий врач _____

Рисунок 9. ПФ «Направление в ФЦН». Редактирование и Печать документа